Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel.

Über das Vorkommen und die Bedeutung katatonischer Erscheinungen bei Amentia.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Georg Marx,

Medizinal-Praktikant aus Kamen in Westfalen.

Kiel 1909.

Druck von H. Fiencke.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0232

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel.

Über das Vorkommen und die Bedeutung katatonischer Erscheinungen bei Amentia.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Georg Marx,

Medizinal-Praktikant aus Kamen in Westfalen.

Kiel 1909.

Druck von H. Fiencke.

No. 45.

Rektoratsjahr 1908/09.

Referent: **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Siemerling,
z. Z. Dekan.

Dem Andenken meiner Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Die Controverse über die Bedeutung katatonischer Erscheinungen ist noch nicht abgeschlossen. Insbesondere besteht die Neigung, die Prognose allzu ungünstig zu stellen. Es mag daher gestattet sein, die beiden folgenden Fälle bekannt zu geben, bei denen katatonische Erscheinungen in sehr ausgesprochener Weise hervortraten, die aber nichtsdestoweniger zur vollständigen Heilung führten.

In beiden Fällen bildet die Katatonie eine Komplication der Amentia, deren charakteristische Symptome von manchen Autoren unter den Namen der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit, des akuten Wahnsinns, der Halluzinose geschildert werden und deren Prognose im ganzen nicht ungünstig gestellt wird. Kraepelin schildert die Katatonie als »eigentümliche, meist in Schwachsinn ausgehende Zustände von Stupor oder Erregung mit u. s. w.« Sie verläuft nach ihm in 59% der Fälle in einen eigenartigen, erheblichen Blödsinn, in 27% werden die schwersten Grade der Verblödung nicht erreicht, in 13% Heilung, doch sind bei einigen dieser Fälle noch ganz leichte Reste der überstandenen Krankheit bemerkbar, auch soll die Heilung keine dauernde sein und durch frühere oder spätere Rezidive soll noch Verblödung eintreten können.

Schüle in der Zeitschrift für Psychiatrie Bd. LIV. Zur Katatoniefrage: » — — und für dieses Symptomen-Ganze, bei wechselnder Ausprägung und Vollständigkeit, ein cyklischer Krankheitsverlauf in für gewöhnlich bleibende Geistesschwäche.«

Aschaffenburg in demselben Band genannter Zeit-

schrift. Die Katatoniefrage: »— zweitens wird der Ausgang der Erkrankung der in geistige Schwäche sein«.

Hoche: (im Lehrbuch der Psychiatrie, herausgegeben von Binswanger-Siemerling). Die Heilungsaussichten sind (nach dem oben Gesagten) in ausgesprochenen Fällen ungünstig; nur ein kleiner Teil erfährt völlige geistige Wiederherstellung, und auch diese ist häufig nicht endgültig, da die Krankheit die Neigung zum Verlaufe mit Remissionen und neuen Nachschüben hat.

Binswanger: (in demselben Lehrbuch, pag. 51). Diesem katatonischen Symptomenkomplex begegnen wir hauptsächlich bei jugendlichen Patienten, und ist er bei voller Ausbildung meist, aber nicht immer, als ein prognostisch ungünstiges Krankheitsmerkmal aufzufassen.

Am wenigsten ungünstig faßt Ernst Meyer die katatonischen Erscheinungen auf. Er schreibt: (im Archiv für Psychiatrie, Bd. 32) Auch Fälle mit sehr ausgesprochenen katatonischen Erscheinungen kommen zu einer sehr weitgehenden Besserung resp. Wiederherstellung, jedoch verlaufen die Fälle mit katatonischen Symptomen verhältnismäßig ungünstiger als die ohne solche.

Es mögen nunmehr die beiden Krankengeschichten folgen. Im Anschluß daran soll gezeigt werden, wieweit in diesen Fällen die Kriterien sowohl der Amentia wie der Katatonie zu finden sind.

Fall I.

Helene Sch., 24 Jahre alt, aufgenommen am 3. April 1902.

Anamnese, abgegeben vom Bruder.

Die Mutter der Patientin war vor etwa 4 Jahren vorübergehend geisteskrank, sie war deprimiert und weinte viel. Sie wurde 6 Wochen lang in der Provinzial-Irren-Anstalt in Schleswig behandelt. Ein Bruder im Alter von 17 Jahren wurde in derselben Anstalt etwa 6 Wochen lang behandelt; er litt gleichfalls an Depressionszuständen.

Der Vater endete vor 4 Jahren durch Selbstmord; der Kreisarzt habe die Absicht gehabt, ihn in eine Anstalt zu schicken.

Der begleitende Bruder war stets gesund, sonstige Geschwister sind nicht da. Aus der übrigen Familie ist von Geisteskrankheiten nichts bekannt.

Die Patientin ist als Kind immer schwächlich und blutarm gewesen, auch hat sie viel an Kopfschmerzen gelitten. Ein oder zwei mal sei sie umgefallen; ob sie Krämpfe gehabt hat, ist nicht bekannt, doch habe sie zuweilen über Schwindel geklagt. In der Schule hat sie gut gelernt. Nach der Schule war sie in einem Schneidergeschäft und sehr fleißig und tätig in ihrem Beruf.

Seit Januar sind die Menses ausgeblieben; sonst ist dem Bruder darüber nichts bekannt.

Im Januar wurde sie von ihrem Liebhaber verlassen, was sie sich sehr zu Herzen nahm.

Seit 14 Tagen ist eine Veränderung bei ihr eingetreten; sie war wehmütig gestimmt, weinte viel und klagte über Schlaflosigkeit. Am 25. März geht sie nicht zur Arbeit, weil sie sich krank fühlt.

26. März. Patientin führt wirre Reden. Sie glaubt, der Bräutigam sei draußen und würde nicht herein gelassen. Sie macht sich Vorwürfe, daß sie abstoßend gegen ihn gewesen sei. Auch fürchtet sie, sie müsse sterben und fordert die Angehörigen auf, ihr zu helfen. Anfallsweise treten Angstzustände auf. Es ist dann, als ob sie keine Luft bekommen kann, sie stöhnt und klammert sich an. Keine Tränen. Sie glaubt, ihr Bruder sei tot und empfindet Leichengeruch. Dann glaubt sie am Fenster den Bräutigam zu sehen. Über Stimmen gibt sie nichts an. Die Nahrungsaufnahme ist mangelhaft.

27. März. Abends wird sie in die Anstalt Eichenhain überführt. Dort spricht sie viel von ihrem Bräutigam und meint, die Angelegenheit müsse wieder in Ordnung kommen.

Am 3. April wird sie durch ihren Bruder in die psychiatrische Klinik in Kiel gebracht; sie kommt ruhig mit. In die Abteilung muß sie getragen werden.

Status.

Temp. 37,8 °. Gewicht 53 kg.

Patientin nimmt Nahrung. Sie spricht nicht und liegt

mit geschlossenen Augen in passiver Rückenlage im Bett. Unter leichtem Sträuben läßt sie sich zum Untersuchungszimmer führen; an der Tür sinkt sie in die Knie. Auf einen Stuhl gesetzt verharrt sie in steifer Haltung, die Hände wie zum Gebet gefaltet, regungslos bis auf leichtes Zucken der Augenlider. Passive Bewegungen treffen auf Widerstand, der sich aber nicht bis zum Widerstreben steigert. Gegebene Stellungen werden einige Zeit innegehalten, doch besteht ausgesprochenes Bestreben, die Gebetsstellung wieder einzunehmen, dabei sind die Ellenbogen abgespreizt.

Als der Patientin die gefalteten Hände vom Untersucher über ihren Kopf emporgehoben werden, vollführt sie längere Zeit stereotype Auf- und Abbewegungen der Hände. Ebenso werden die Hände, nachdem sie mit ziemlicher Gewalt von einander getrennt worden sind, von der Patientin selbst längere Zeit stereotyp gefaltet und wieder von einander entfernt. Der Kopf bleibt in gegebenen Stellungen. Nackensteifigkeit ist nicht vorhanden. Auf Anrufen und Händeklatschen dicht am Ohr erfolgt keine Reaktion. Nadelstiche rufen erst am Septum narium und bei Durchstechung einer Hautfalte Zusammenzucken, aber keine Abwehrbewegungen hervor.

Nach einiger Zeit werden die Glieder schlaff, lassen sich leicht in jede Stellung bringen, fallen dann aber herab oder werden rasch herabgenommen. Nur als die linke Hand der Patientin auf den Kopf gelegt wird, werden die Arme starr und bleiben in ihrer Stellung. Als die Hand mit Gewalt vom Kopf gezogen wird, kehrt sie wieder in diese Stellung zurück. Äther unter die Nase gehalten ruft keine Reaktion hervor. Beim Versuch der Pupillenprüfung werden die Augenlieder krampfhaft geschlossen, die Bulbi nach oben gerollt und mit der Hand lebhafte Abwehrbewegungen gemacht.

Pupillen über mittelweit, rund, beiderseits gleich.

Lichtreflex positiv.

Cornealreflex nicht zu prüfen.

Conjunctiven injiciert.

An der Oberlippe Pustelbildung, an der Unterlippe Abschürfung.

Mund nicht zu öffnen, Zunge wird nicht gezeigt.

Ohrläppchen nicht differenziert.

Keine Struma.

Muskel- und Periost-Reflexe sind vorhanden, ebenso Knie- und Achillessehnen-Phänomen. Fußklonus ist nicht auszulösen. An den Unterschenkeln viele blaue Flecken. Der Gang ist nicht zu prüfen, da die Patientin hingestellt sich fallen läßt. Als ihr zwecks Herzuntersuchung das Hemd geöffnet wird, sucht sie es wieder zu schließen. Die Herztöne sind rein, der Puls ist gespannt, regelmäßig 102. Bei Druck in die Ovarialgegend Abwehrbewegungen. Der Leib ist aufgetrieben und resistent. Patientin gibt keine Antwort. Als sie das Ärztezimmer verlassen soll, läßt sie sich fallen und muß von der Pflegerin in den Saal getragen werden; hier geht sie ohne wesentliche Unterstützung durch den Saal zu Bett.

4. April. Pat. war in der Nacht bis 10½ Uhr viel außer Bett, sprach laut, hat sich zwei mal mit Kot beschmutzt. Temp. 37,5. Morgens liegt sie in rechter Seitenlage im Bett, die Hände vor dem Kinn gefaltet, die Augen geöffnet; sehr seltener Lidschlag. Auf Anrede reicht sie sehr langsam und zögernd die Hand, dann faltet sie ebenso langsam die Hände und erstarrt wieder in dieser Stellung. Gegen passive Bewegungen leistet sie mäßigen Widerstand. Der linke Arm, im Ellbogen gestreckt, bleibt in dieser Stellung, ebenso der rechte Arm im rechten Winkel dazu ausgestreckt; dann wird die rechte Hand langsam zur Stirn bewegt, geht etwa fünf mal langsam auf und ab; beide Hände nähern sich einander langsam; sie werden schließlich vor der Stirn gefaltet und die Patientin erstarrt in dieser Haltung. Fünf Minuten später giebt sie auf Aufforderung die Hand. Aufgefordet, die Zunge zu zeigen öffnet sie langsam etwas den Mund, spricht: »Der Klügste gibt nach«, zeigt aber die Zunge nicht. Auf wiederholte Fragen öffnet sie etwas den Mund, bewegt auch die Lippen, spricht aber nicht.

Mittags einzelne spontane Äußerungen; abends lebhafte Unruhe, Pat. drängt aus dem Bett, greift Alles an und spricht

fortwährend in unzusammenhängender Weise: »Früher war ich so mager und — habe ich die Liebe versprochen — und dazu — verkehrt aufgefaßt ist die Sache — Sie sind — (schüttelt den Kopf) — das ist gebrochen«.

Aufforderungen werden befolgt; die Zunge wird zitternd vorgestreckt, sie ist dick weißlich belegt. Auf Befragen antwortet sie: Sie sei in Schleswig in einer Irrenanstalt, seit gestern. Der behandelnde Arzt sei Emil Grützfeld. Auch die übrige Umgebung verkennt sie. In Pinneberg habe sie viel rufen hören, hier weniger. Sie komme jetzt aus Hamburg, der behandelnde Arzt sei mit ihr gefahren. Sie lacht vor sich hin, blickt unruhig umher. Plötzlich zeigt sie auf eine Kranke: »Das ist jetzt die Meierei!« Auf Befragen: Sie sei schwach von Gedanken gewesen. »Ich wollte früher hierher zu meinen Onkel, dem Meiereibesitzer«. Sie sei nicht krank, sie wolle hier nur stärker werden; ihren Ring habe sie in Pinneberg gelassen.

Zwischendurch eigentümliche Aussprüche, z. B. aufgefordert die Zunge zu zeigen: »Das ist der Wunsch des Arztes«, bei Nadelstichen: »Das sind Gefühle«. Abends starke Unruhe; sie jammert laut, alles sei verkehrt, sie könne es doch nicht ändern.

Pat. stößt unartikulierte Laute aus; dann »Da draussen sind sie doch aufgenäht und hier innen nicht; — das ist es ja gerade — oh, oh, oh — unten ist dreimal oh — oh Gott nein, sieh mal — gerade umgekehrt hier«. Und so fort in derselben Weise.

In feuchter Einpackung tritt Beruhigung ein, doch schläft Pat. wenig. Sie hat heute nur wenig schleimig-flüssige Nahrung genommen und sich wiederholt verunreinigt; Durchfall; Urin noch nicht zu bekommen.

5. April. Pat. hat auf 20 g Chloralhydrat, nachts gut geschlafen. T. 38.

Bei der Visite ist Pat. in Knie-Ellenbogenlage im Bett und schüttelt langsam den Kopf. Bei Begrüßung reicht sie langsam die Hand. Auf die Frage, warum sie so dasitze, antwortet sie: »Mag mich nicht sehen lassen«. Dann richtet sie sich auf, macht knieend mit vor der Brust gefalteten Händen

wiegende Bewegungen und sieht starr vor sich hin. Darauf verläßt sie das Bett, geht langsam an den Betten der andern Kranken entlang und sammelt von den Bettischen Zeitungen, Schuhe u. s. w. Sie läßt sich an der Hand zu ihrem Bett führen und macht dabei eigentümliche pantomimische Bewegungen; sie spricht nicht. In feuchter Packung liegt sie ruhig. Ißt mittags leidlich.

Temperatur abends 38,5.

6. April. Nachts hat Pat. meist ruhig geschlafen. Vormittags ist sie sehr unruhig, kniet, hängt den Kopf über die Lehne, verläßt aber nicht das Bett. Sie macht eigentümliche Bewegungen, nickt mit dem Kopf, winkt mit den Augen, alles sehr langsam. Sie spricht wenig und ohne Zusammenhang und antwortet nicht auf Fragen.

Seit gestern Morgen kein Stuhl, Pat. näßt ein. Nahrungsaufnahme leidlich. Puls 132.

Mittags Unruhe. Sie zieht das Hemd aus, verläßt das Bett und kauert am Bett einer andern Patientin. Sie gestikuliert viel, spricht nicht. Sie nimmt ½ Teller Suppe, die löffelweise gereicht wird; dann drängt sie wieder aus dem Bett und läuft nach derselben Stelle im Saal, um dort nieder zu kauern. Sie ist blaß, hat die Augen geschlossen und reagiert nicht auf Anruf. Puls klein, 80. Patientin wird in feuchtem Umschlag zu Bett gebracht; Puls nach ½ Stunde kräftiger; 4 Uhr nachmittags Puls 108, mäßig kräftig, regelmäßig. Benommenheit unverändert. 4½ Uhr Augen offen; Pat. blickt wirr um sich, bewegt langsam den Kopf, fixiert auf Anrede, antwortet nicht. Puls gut. Abends wieder starke Unruhe, häufiger Wechsel des Mienenspiels, unzusammenhängende Ausdrücke: »Was tut sie denn, wenn sie die Nase zuhält — nu weiß ich auch — wenn das tot geboren ist — mehr weiß ich auch nicht, als meine Mutter geboren wurde« u. s. w.

Auf die Frage, wie sie heiße, lacht sie laut, schnalzt mit der Zunge und grimassiert.

Temp. 37,5. Puls 130.

7. April. In der ersten Hälfte der Nacht war Pat. noch unruhig und sprach in der alten Weise, in der zweiten

Hälfte hat sie meist geschlafen. Sie hat sich mit wenig breiig-gelbem Stuhl eingeschmutzt. Vormittags wieder Unruhe, die sich mittags noch steigert. Nachmittags heftige, ängstliche Erregung, krampfartiges Schluchzen. Gegen das Auspacken sträubt sie sich heftig und redet ohne Zusammenhang: »Nu die Blamage — auf den Rücken, nicht, dann lieber sterben — sie will es nicht — o all die Zeugen«.

Temp. morgens 38,1, abds. 38.

8. April. Pat. schlief nachts bis 11 Uhr. Dann trat Unruhe ein; sie verließ das Bett, ging mit langsamen Schritten durch den Saal, gestikulierte und gurgelte dabei andauernd mit Wasser. In feuchter Einpackung beruhigte sie sich und schlief bis morgens. Sie nimmt kein Frühstück, gurgelt mit der gereichten Milch und speit sie aus. Sie hat sich völlig entkleidet und liegt mit aufgestützten Ellenbogen auf dem Bauch ruhig im Bett. Mittags Sondenfütterung, eine Stunde später ißt Pat. spontan.

Temp. morgens 37,7, abends 38,5°.

9. April. Nachts feuchte Einpackung. Schlaf nur zwei Stunden. Pat. hat sich mit breiigem, gelben Stuhl eingeschmutzt. Sie liegt ruhig zu Bett und vollführt nur pantomimische Bewegungen mit Gesicht und Händen, redet nur selten abgerissene Worte. Aufforderungen befolgt sie nicht und gibt keine Antworten. Urin wird mit Katheter entleert; er enthält Spuren von Eiweiß, sonst keine pathologischen Bestandteile, ist sauer, leicht trübe und dunkel. Spezif. Gewicht 1033. Reichlich Sediment. Temp. 38.

10. April. Auf Colomel 0,2 kommen alte, harte Kotmassen. Patientin ist über Tag im Dauerbade. Sie nimmt keine Nahrung, daher zweimal Sondenfütterung. Sie spricht wenig und ohne Zusammenhang, gestikuliert und grimmassiert viel. Aufforderungen werden nicht befolgt, Antworten nicht gegeben.

Temp. morgens 37,9, abends 38,2°.

11. April. Pat. ist tagsüber im Dauerbad sehr unruhig, sie sitzt bald am Kopfende, bald am Fußende der Wanne. Sie nimmt dargereichte Nahrung.

Temp. morgens 38, abends 37,5.

Das Gewicht ist auf 47 kg gesunken.

12. April. Pat. hat ohne Packung nachts ruhig geschlafen. Verweigert Nahrungsaufnahme, daher zweimal Sondenfütterung. Sie liegt entweder in Rückenlage im Bett, grimmassiert und macht langsame, segnende Bewegungen, oder sie liegt mit aufgestützten Armen auf dem Bauch. Sie ist völlig stumm, beantwortet keine Frage und befolgt keine Auffordung.

Die Temperatur ist zur Norm zurückgekehrt und überschreitet sie während des ganzen Krankheitsverlaufs nicht wieder.

13. April. Morgens gurgelt Pat. mit der gereichten Milch. Gegen die Sondenfütterung sträubt sie sich heftig; der Mund muß mit dem Keil geöffnet werden und passiven Bewegungen der Extremitäten wird starker Widerstand entgegengesetzt. Im übrigen ist das Verhalten gegen den letzten Tag nicht geändert. Die langsamen, segnenden Bewegungen der Arme werden oft lange Zeit fortgesetzt; sonst liegt die Kranke stumm und regungslos.

15. April. Pat. wird morgens und abends mit der Sonde gefüttert, mittags ißt sie spontan ausreichend. Nachts hat sie meist ruhig geschlafen. Durch häufiges Abführen ist sie rein zu halten.

16.—18. April. Teils spontane Nahrungsaufnahme, meist Sondenfütterung. Sonst ruhiges Verhalten. Pat. spricht nicht und befolgt keine Aufforderungen. Gewicht 47½ kg.

19. April. Pat. antwortet bei der Morgenvisite auf die Frage, wie es ihr gehe, kurz mit »gut«. Sonstige Antworten sind nicht zu erhalten. Sie ißt bei allen Mahlzeiten spontan. Im übrigen grimassiert und gestikuliert sie wie früher oder liegt in der bisherigen Weise auf dem Bauch.

20. April. Patientin singt fast ununterbrochen, doch fast nur Melodien, nur einige Male Worte. Dabei gestikuliert sie lebhaft in der alten Weise. Sie ißt gut.

21. und 22. April dasselbe Verhalten.

23. April. Pat. schläft gut und nimmt genügend Nahrung. Sie gestikuliert lebhaft und singt dabei oft halbe Stunden lang Melodien.

24. 25. April dasselbe Verhalten.

26. April. Antwortet auf die Frage, wie es gehe: »Sehr gut«, wo sie sei: »Ich bin tot geboren«. Sonst keine Antwort.

27. April. Keine Veränderung.

28. April. Morgens sehr erregt, sträubt sich gegen die Wärterin. Beruhigt sich durch einstündige Einpackung.

29. April. Nachts ruhig, morgens drängt sie aus dem Bett. Stereotype Bewegungen: Pat. schüttelt den Kopf, kreuzt Arme und Beine, was sie wohl ein Dutzend mal wiederholt, wiegt sich längere Zeit in den Hüften.

1. Mai. Gewicht 49 kg.

Bis 25. Mai keine wesentlichen Veränderungen. Pat. gestikuliert viel, singt häufiger Melodien und beantwortet vereinzelt die Frage nach ihrem Befinden mit gut. Sonstige Antworten gibt sie nicht und befolgt keine Aufforderungen. Sie liegt viel auf dem Bauch, Ellenbogen aufgestützt und Haare lose und wirr über dem Gesicht hängend. Sie näßt häufiger ein, ist aber sonst rein zu halten. Nahrungsaufnahme genügend. Gewicht 50 kg.

26. Mai. Nimmt eigenartige Stellungen ein, z. B. Rückenlage, Arme rechtwinklig abgestreckt. Sie balanziert einen abgebissenen Knopf auf der Nasenspitze, singt ziemlich viel auch mit Worten, z. B.: »Großer Gott etc.«, »Ich weiß nicht, was soll es bedeuten«. Beim Singen bedeckt sie oft das Gesicht mit einer Zeitung und schlägt den Takt mit einer zusammengedrehten Düte. Sie antwortet nicht, spricht nicht, ißt gut. Sie näßt oft ein.

29. Mai. Pat. war in der Nacht sehr unruhig, lief im Saal umher und zog an den Vorhängen. Auf die Frage, weshalb sie das tue, antwortet sie: »Ich kann nicht schlafen« und lacht. Sie erhält 2 g Chloralhydrat und sagt: »Danke schön.« Weitere Antworten gibt sie nicht und schläft dann ruhig. Am Morgen singt sie viel und gibt auf einige Fragen schriftliche Antworten. Ihren Namen und Geburtsort schreibt sie richtig, doch glaubt sie in Plön zu sein. Nachmittags beginnt sie zu reden, zuerst langsam, dann schneller und ununterbrochen. Abends redet sie in wirren Sätzen vor

sich hin: »Dies und alles, alles — die und den — das kommt von Vergnügtigkeit her — o was hab ich da die Strümpfe geputzt — es ist gar keine Liebe auf Erden — denn es ist doch alles gut gemeint — und dann, da könnt ihr mich auch mal in Kränzen beerdigen und dann mit Hurrah aus der Kirche kommt, dann kann ich euch mal was hochdeutsch erzählen« und so fort. Zum Arzt sagt sie: Schreiben Sie doch immer Rezepte auf! Gieb mir mal den Zettel! Du bist ein großer Theepott! Da stelle Dich mal in die Ecke und wenn es donnert und blitzt. (Es schießt Salut).

Durch Fragen ist sie nur für kurze Augenblicke zu fixieren. Sie hat dann angegeben, sie sei in Kiel in der Nervenklinik. Sie habe in den letzten Wochen nicht gesprochen, weil sie nicht gedurft habe.

In den folgenden Tagen dasselbe Benehmen.

Am 31. Mai nimmt sie alle möglichen Stellungen ein, z. B.: Rückenlage, Arme senkrecht vom Leib abgestreckt, das Hemd bis an die Brust hochgezogen, das rechte Bein nach oben gestreckt. Dabei singt sie nach verschiedenen Tingeltangelmelodien: »Ich kann nicht sein, es muß ja sein und Gnade sprach der Kaiser da — das muß ja sein, das kann nicht sein und auch nur eine Schwalbe — was muß denn, was muß denn — aber der Herr, aber der Herr, o sprach der Herr, alles was Ohren hat, lobet den Abraham Amen« u. s. w.

Bis 28. Juni derselbe Zustand. Pat. singt, weint, lacht ganz unvermittelt und nimmt oft eigenartige Stellungen ein.

29. Juni. Schreit nachmittags längere Zeit wie blöckend stereotyp vor sich hin.

2. Juli. Pat. ist tagsüber im Garten, wo sie in wunderbaren Stellungen herumliegt.

Gewicht 52½ kg.

Bis 19. Juli keine wesentliche Anderung; dann wird sie etwas lebhafter, redet und lacht mehr. Zum Arzt: Bitte lieber Doktor, geben Sie mir doch einen Kuß, bitte, bitte!

1. August. Patientin ist unruhig und zerreißt Bettdecken. Zeitweise Dauerbad. Auf Fragen antwortet sie:

(Wo sie sei?) »Natürlich weiß ich das, in der Nervenklinik bin ich hier, oder im Kerker, nicht?« Auf die Fragen nach Jahr und Monat grunzt sie unartikuliert. Dann spontan: »Choloformiert bin ich gewesen, immer.«

(Von wem?) Weiß ich nicht mehr.

(Weshalb?) Bin wohl krank gewesen.

(Weshalb hier?) Weil ich bleichsüchtig bin. Ich bin zum Erholen hier und nicht zum Ausfragen.

(Wer der Arzt sei?) En groten Teepott. Die Namen anderer Kranken verwechselt sie. Auf die Frage: Weshalb sie nicht zu Mittag gegessen habe, sagt sie, es sei Putzpomade im Essen gewesen. Im Laufe des August wird Patientin ruhiger, achtet auch mehr auf ihr Äußeres, hält sich sauber und gibt bessere Antworten. Gegen Ende des Monats beschäftigt sie sich fleißig und erkennt die Personen der Umgebung, doch schreibt sie noch einen ganz unsinnigen Brief nach Hause. Sie ißt gut und hat sich körperlich gut erholt. Gewicht 55½ kg. Mitte des Monats sind die Menses zum ersten Mal wieder aufgetreten und stellen sich von da an ganz regelmäßig ein. Immerhin ist sie noch häufig unorientiert und näßt sich öfter ein.

Im September wird Patientin ins Einzelzimmer verlegt, dort packt sie aber alles durcheinander und wird wieder im Wachsaal untergebracht. Sie spricht wenig und sucht dem Arzt hinterrücks Sachen aus der Tasche zu ziehen. Sie beschäftigt sich gegen Ende des Monats mit Handarbeiten, macht dabei aber viele Fehler.

Mitte Oktober ist sie örtlich und zeitlich orientiert, weiß, daß sie krank war, hält sich aber wieder für gesund. Von Sinnestäuschungen weiß sie nichts.

Sie sei ins Krankenhaus gekommen, weil ihr die Arbeit zu viel wurde, sie habe zu viel zu nähen gehabt. Sie wisse, daß sie gebadet und eingepackt worden sei, auch, daß sie im Isolierhaus und in dem Garten war; auch glaubt sie, daß sie mit dem Schlauch ernährt worden sei. Über ihre Empfindungen während der Krankheit gibt sie an: Einmal habe sie das Gefühl gehabt, als ob die Augen aus dem Kopfe wären; manchmal sei es ihr so »fest« im Kopfe ge

wesen, dann habe sie mit dem Kopfe gegen die Wand oder mit den Händen gegen den Kopf gestoßen; dann wurde es ihr leichter. Sie habe viel von Pferden geträumt, und öfter sei ihr gewesen, als ob Pferde und Wagen über sie weggingen und sie gequetscht würde; Angst habe sie dabei nicht gehabt. Daß sie so lange nicht gesprochen habe, wisse sie nicht. Sie habe wohl Alles gesehen, was um sie vorgegangen sei, doch sei sie sich über das Gesehene nicht klar geworden. Stimmen habe sie gehört, doch wisse sie nicht, welcher Art.

Sonstige Angaben weiß sie nicht zu machen.

Mitte November ist Patientin fleißig, ruhig und geordnet und schreibt verständige Briefe. Schlaf und Appetit gut.

Gowicht 60 kg.

Wird am 25. November geheilt entlassen.

Fall II.

Katharina B., Näherin, 33 Jahre alt.

Anamnese,

abgegeben vom Bräutigam, der die Patientin von Jugend auf kennt.

Sie ist in der Jugend nie krank gewesen, hat in der Schule gut gelernt und nach der Schulzeit Nähunterricht gehabt. Sie hat dann in den Häusern genäht. Von Geisteskrankheiten in der Familie ist nichts bekannt.

Ende Mai 1907 verlobte sie sich ziemlich plötzlich; die Hochzeit sollte schon am 18. Juni sein. Sie hatte dann sehr viel zu tun, mußte Alles in Ordnung bringen und war sehr fleißig. Sie freute sich sehr über die Verlobung und war sehr glücklich.

Seit dem 12 Juni gab sie verwirrte Antworten, schlief nachts schlecht und arbeitete nicht mehr. Sie faßte vieles an, beendete aber nichts, lief zwecklos hin und her. Sie war dann einige Tage bei Verwandten, doch verschlimmerte sich der Zustand, und sie kam herunter. Sie sprach sehr viel und war immer heiter und vergnügt; sie lief viel umher. Sie aß wenig, Stuhl war angehalten. Menses waren immer regelmäßig und bei der Aufnahme gerade abgelaufen.

Ohnmachten, Krämpfe oder Schwindelanfälle hat sie nie gehabt.

Bericht des behandelnden Arztes.

Fräulein Trina B., 32 Jahre alt, aus W., ist früher gesund gewesen. Ende vorigen Monats hat sie sich mit dem Nachbarssohn Heinrich W. verlobt und wollte schon am 18. Juni heiraten, da in dem Hause ihres Bräutigams die Frau fehlte. Sie hatte in der Zeit eine große Arbeitslast zu erledigen und abends stellte sich nachbarlicher Gratulationsbesuch ein, der öfter bis 1 Uhr nachts blieb. Sowohl die Freude über die Verlobung als auch die Arbeit und der häufige Besuch führten eine völlige Erschöpfung ihres Nervensystems herbei. Am 12. Juni bemerkten die Angehörigen, daß sie nicht bei der Arbeit blieb, sie griff vieles an, ließ es dann liegen und lief zwecklos umher. Auch sprach sie häufig ohne Zusammenhang. Der Unterzeichnete sah sie am 16. Juni. Sie antwortete klar und deutlich, konnte sich auch zusammenhängend unterhalten. Nach Angabe der Verwandten treten die verwirrten Handlungen selten in Gegenwart fremder Leute auf. Dieser Zustand der Verwirrrheit verschlimmerte sich mehr und mehr, so daß auch Fremden das veränderte Wesen auffiel. Der Bräutigam und seine Familie entschlossen sich nun, die Hochzeit noch nicht stattfinden zu lassen. Fräulein B. giebt selbst zu, daß sie fast gar nicht schlafen könne, daß aber nach der Hochzeit alles wieder gut werden würde. Die Hochzeit wurde aber an dem festgesetzten Tage (18 VI.) abgesagt und die Braut zu den Verwandten des Bräutigams gebracht. Nachdem sie dort etwa 8 Tage gewesen war, konnte sie es nicht länger aushalten und ließ sich nach Hause bringen. Hier wechselten gute mit schlechten Tagen, so daß sich die Verwandten entschließen mußten, Fräulein B. auf einige Zeit fortzugeben. Die bisherige Behandlung bestand in Ruhe und Brom.

gez. Dr. H.

1. Juli 1907. Patientin wird von ihrem Bräutigam und zwei Nachbarsfrauen zur Aufnahme in die psychiatrische und Nervenklinik in Kiel gebracht. Sie geht ruhig mit zur Abteilung.

Auf Befragen giebt sie an:

Sie sei in Kiel in der Nervenklinik.

Es sei Mitte Juli 1907.

(Name:) richtig.

(Wann geboren?) Ich bin geboren — 1904.

(Wie alt?) Ich bin 32.

(Warum hier?) Meine Nerven sollen stärker werden. Ich weiß doch Alles ganz genau.

Sie sei früher nie krank gewesen.

Sie habe nur schwache Nerven, ihr Bräutigam auch. Sie fange immer gleich an zu weinen. Sie habe viel gearbeitet. Sie habe auch geklebt, weil sie Schneiderin war. Sie hätte jetzt Hochzeit halten wollen, sie habe es aber nicht getan, weil sie und ihr Bräutigam erkältet wurden. Er sei auch nicht so stark wie er aussehe. Sie habe nicht verwirrt gesprochen. Sie habe wohl geträumt. »Man träumt ja allerlei. Träume sind Schäume.«

Sie habe keine Stimmen gehört, keine Gestalten gesehen. Die eine Patientin kenne sie wohl; es sei wohl eine Verwandte von ihr oder ihrem Bräutigam, den Namen wisse sie nicht. »Wir wollen alle höflich begrüßen, deshalb kommen wir doch her. Der kleine Ring ist jetzt abgezogen, ich habe jetzt kalte Hände. Ihre Hände sind vielleicht auch kalt?« Wir wollen vergnügt sein, wie wir immer waren. Wenn wir Hochzeit haben, hoffen wir, daß wir besser werden. Standesamt haben wir im Hause. Man muß viel arbeiten. Wenn ich eben träume, dann sind es eben Schäume.« In dieser unzusammenhängenden Weise erzählt sie alles Mögliche. Sie giebt an, das Essen schmecke ihr ganz gut, sie habe ganz schön geschlafen, sie habe viel gearbeitet, in der Schule sehr gut gelernt.

Monate vorwärts nennt sie richtig, rückwärts bis Juli, dann schweift sie ab.

(6×7) »42«

(9×8) »180«

$(18 + 19)$ 17

(Kaiser?) Den hatten wir da auch im Hause. Den dritten, ‚glaub' ich. Kaiser Friedrich Wilhelm III. Oder komme ich da verkehrt?

Größe 1,46 m. Gewicht 58,6 kg.

Temperat. 37,4°

Graziler Knochenbau, mäßige Muskulatur und Ernährung. Schädel auf Druck und Klopfen nicht empfindlich. Keine Narben. Augenbrauen zusammengewachsen. Pupillen mitelweit, gleich, rund, reagieren auf Lichteinfall und Convergenz.

Zunge wird gerade heraus gestreckt, zittert nicht, belegt.

Gebiß etwas defekt

Sprache frei, kein Tremor manum.

Motililät frei.

Abdominalreflex nicht deutlich. Knie- und Achillessehnenphänomen positiv. Kein Klonus.

Zehen plantar. Gang sicher.

Sensibilität frei.

Brustorgane ohne Besonderheiten.

Puls 120, regelmäßig.

Leib weich, nirgends druckempfindlich. Abdominalorgane ohne Besonderheiten.

Urin. Kein Eiweiß, kein Zucker.

Läßt sich ruhig untersuchen.

Hält den Arzt für einen Schreiber.

Ihr Bräutigam werde schon sehen, daß es nicht ihre Handschrift sei.

Sie hat etwas naives, kindliches in ihrem Wesen und macht einen zerfahrenen Eindruck. Nach der Untersuchung geht sie an das Waschbecken, seift und bürstet die Hände. Sie müsse sich etwas waschen, das sei hier wohl so Mode.

Abends war sie unruhig, lief umher, ging zu den andern Patientinnen in's Bett, kletterte auf die Fensterbank. Nach 10 g Paraldehyd schläft sie wenig und läuft bald wieder umher. In den nächsten Tagen ist Pat. sehr unruhig, schläft trotz Schlafmittel wenig, weint öfter, ißt auf Zureden.

4. Juli. Sie liegt zu Bett, spricht dauernd, lacht und weint abwechselnd, singt, streckt den andern Kranken die Zunge heraus. Schläft sehr wenig.

5. Juli. Pat. singt und tanzt, entblößt sich oft, zieht die Bettwäsche ab und wirft damit. Ißt schlecht, im Bade sehr unruhig. Wird in's Isolierhaus verlegt.

7. Juli. Pat. ist sehr laut und läuft im Saal umher. Sie wirft mit dem Kaffegeschirr. Sie macht eigentümliche Bewegungen mit den Händen und ist völlig zerfahren. Ißt sehr wenig und wird mittags gefüttert.

8. Juli. Dauernde Unruhe. Sie spricht fortwährend zusammenhanglose, unverständliche Dinge, macht einen etwas ängstlichen, schreckhaften Eindruck.

Stimme heiser, Lippen trocken. Vollkommene Nahrungsverweigerung, Sondenfütterung.

9. Juli. Dauernd verwirrt, sie sitzt mit aufgelöstem Haar, Augen glänzend. Lebhaftes Minenspiel, ihre Worte begleitet sie mit Gesten, spricht laut, klagend, pathetisch, oft in Frage und Antwort, zuweilen Monolog: »Ich kann ja nicht, ich kann ja nicht, die ganze Welt, ich weiß nicht.« Weint und lacht in schneller Folge.

Klinische Vorstellung. (Wie heißen Sie?) Keine Antwort. Haar aufgelöst, macht allerlei Bewegungen, rückt auf dem Stuhl hin und her, lebhaftes Mienenspiel, Augen weit geöffnet. Von der Umgebung nimmt sie zunächst keine Notiz. Dann stellt sie sich wie verzückt hin, mit erhobenen Armen, sieht sich dann um: »Nu sind wir hier!« Dann sucht sie Ärzte und Praktikanten zu umarmen. Auf die Frage nach ihrem Alter hält sie sich die Ohren zu. Dann folgen zusammenhanglose Reden, die von lebhaften theatralischen Bewegungen begleitet werden. Sie bietet das Bild vollster Verwirrtheit. (Ophelia!)

10.—12. Juli. Pat. ist nach wie vor sehr erregt, gestikuliert, lacht, macht öfter einen verklärten, schwärmerischen Eindruck. Sie redet verwirrt, antwortet nicht, befolgt vereinzelt Aufforderungen. Sie schläft nur nach Duboisininjektion. Ißt wenig und nur, wenn sie gefüttert wird.

13–20. Juli. Neben den Zeiten der Unruhe kommen solche etwas ruhigeren Verhaltens vor; Pat. spricht dann wenig, lacht und weint unvermittelt. Sie ißt nur, wenn sie gefüttert wird und schläft wenig.

21.—31. Juli. Pat. wälzt sich viel im Bett herum oder rutscht in eigentümlichen Stellungen in der Zelle umher. Ißt zeitweise sehr wenig und muß dann mit der Sonde ge-

füttert werden. Sie hat stark abgenommen. Gewicht 38 kg. Pat. schläft sehr wenig, sonst ist ihr Verhalten unverändert.

1.—5. August. Im Dauerbade ist Pat. ziemlich ruhig, sonst noch nicht. Sie spricht weniger, ißt und schläft sehr wenig und ist oft unsauber. Gegen Sondenfütterung sträubt sie sich heftig.

6. Aug. Pat. bekommt Besuch ihrer Brüder, die sie erkennt, einen nennt sie beim Namen, spricht aber sonst nicht. Sie weint heftig, lacht aber gleich hinterher.

Sie ißt, sobald man mit der Sonde kommt. Schläft nachts gut.

7.—14. Aug. Dasselbe wechselnde Verhalten, bald ruhigere, bald aufgeregte Zeiten. Einmal verläßt sie das Bett und legt sich auf den Fußboden; sie sagt, sie dürfe kein Bett haben, sie sei ein Schwein.

14. Aug. Pat. geht in den Garten, ist dort sehr heiter und hilft Unkraut ausziehen. Spricht zuweilen richtig, ist aber sonst unverändert. Lacht viel und macht eigentümliche Bewegungen mit dem ganzen Körper. Auf Fragen antwortet sie nicht. Ißt gut.

15.—18. Aug. Pat. sitzt zeitweise ganz ruhig da. Ißt und schläft gut. Lacht noch viel. Sonst unverändert. Gewicht 41 kg.

19. Aug. Zuweilen auf einfache Fragen richtige Antwort.

20.—28. Aug. Pat. ist ruhiger, lacht häufig vor sich hin. Ißt gut und schläft auf kleine Schlafmitteldosen. Macht noch öfter Verkehrtheiten: Läuft zweck- und planlos aus dem Saal, klettert im Garten am Gitter hinauf und macht noch öfter einen verzückten Eindruck.

6. Sept. Pat. ist sehr still, spricht wenig und weint öfter. Sie gibt zuweilen geordnete Antworten mit leiser Stimme. Sie ist noch nicht imstande, einen Brief zu schreiben; sie schreibt nur mehrfach den Namen des Bräutigams. Appetit sehr gut, Schlaf zuweilen unruhig.

14. Sept. Arbeitet etwas mit, spricht mehr und gibt klare Antworten.

19. Sept. Hilft fleißig in der Nähstube; näht langsam, aber gut. Gewicht 43 kg.

24. Sept. Spricht mehr und freier. Lacht noch viel, grimmassiert aber nicht mehr. Ißt gut.

26. Sept. Ist zeitlich ziemlich gut orientiert und macht über ihr Vorleben richtige Angaben. Sie sei verlobt und habe viel gearbeitet, weil sie bald heiraten wollte. Daß sie beim Bruder des Bräutigams war, weiß sie nicht. Daß sie viel gesprochen habe, wisse sie. Auf Fragen, ob sie sich sonstiger Vorgänge erinnert, antwortet sie meist: »Das kann ja gern sein«. Geweint habe sie wohl, weil sie gern nach Hause wollte. Sie wisse, daß sie Angst gehabt habe. (Wovor?) »Ja, die kalten Bäder konnte ich auch nicht ab«. Warum sie nichts gegessen habe, weiß sie nicht, erinnert sich der Sondenfütterung.

Nachts habe sie zuweilen Stimmen und Hundegebell gehört, in der ersten Zeit habe sie Angst davor gehabt. Sie wisse, daß sie im Isolierhaus auf dem Boden umhergekrochen sei, sie habe gern heraus gewollt.

10. Okt. Ist ruhig, heiter und arbeitet fleißig. Auf Befragen gibt sie an, sie sei aufgeregt gewesen; das sei von einer andern Patientin in der Baracke hergekommen. Diese sei aus derselben Gegend wie Pat. und habe immer gesagt: »Ich kriege keinen Bräutigam, aber Du kriegst Deinen auch nicht«. Auf sonstige Vorgänge besinnt sie sich nicht. Gewicht 46,5 kg.

20. Okt. Dauernd ruhig und heiter; schreibt einen ganz vernünftigen Brief an ihren Bräutigam. Gewicht 47,5 kg.

24. Okt. Vom Bräutigam abgeholt. Gesund entlassen.

Bieten nun diese Fälle typische Bilder der Amentia? Kraepelin versteht darunter diejenigen Fälle, bei welchen sich in Folge einer greifbaren äußeren Schädlichkeit acut ein Zustand traumhafter Verworrenheit, illusionärer oder hallucinatorischer Verfälschung der Wahrnehmung und motorischer Erregung entwickelt, der bei günstigem Verlauf frühestens nach 2—3 Monaten zur Genesung führt.

Hoche: Wir rechnen zu dem acuten hallucinatorischen Irresein Fälle, bei denen sich nach vorausgehenden körper-

lichen oder seelischen Schädigungen acut ein Krankheitsbild von traumhafter Bewußtseinstrübung mit lebhaften Täuschungen aller möglichen Sinnesgebiete und motorischen Reizerscheinungen entwickelt.

Siemerling: Geistesstörungen, welche ausgezeichnet sind durch das plötzliche Einsetzen traumhafter Bewußtseinstrübung mit Verwirrtheit, zahlreiche und sehr lebhafte, meist unzusammenhängende Halluzinationen und Illusionen, Veränderungen in der motorischen Sphäre, die sich als gesteigerter Bewegungsdrang und stuporöse Hemmung darstellen.

Der Heredität und Familiarität wird allgemein kein zu großes Gewicht beigelegt. So ist es denn nicht weiter auffallend, wenn bei der sonstigen großen Ähnlichkeit im Verlauf bei Fall I entschieden eine familiäre Neigung zu geistigen Störungen besteht, während bei Fall II nichts davon bekannt geworden ist.

Das akute Einsetzen der Erkrankung, von allen Autoren betont, findet sich in beiden Fällen. Beide Patientinnen haben in der Schule gut gelernt, haben ihren Beruf gut erfüllt und nie haben sich bei ihnen geistige Anomalien gezeigt. Im Fall I Prodrome von wenigen Tagen, wehmütige Stimmung und Schlaflosigkeit, dann führt sie plötzlich wirre Reden. Im zweiten Fall treten die Erscheinungen noch plötzlicher zu Tage. Ganz unvermittelt werden verwirrte Antworten gegeben, die Patientin schläft schlecht und arbeitet nicht mehr.

Überanstrengung wird in beiden Fällen als Ursache der Erkrankung angegeben. Im Hintergrunde stehen große seelische Erregungen. Ist es im ersten Falle die Entlobung, so im zweiten die Verlobung, einer von den immerhin seltenen Fällen, in denen eine große Freude schlecht ertragen und mit zur Krankheitsursache wird.

Der Zustand traumhafter Verworrenheit, illusionärer und halluzinatorischer Verfälschung der Wahrnehmung ist in beiden Fällen deutlich.

Fall I.

Pat. glaubt, der Bräutigam sei draußen und werde nicht

herein gelassen. Sie macht sich Vorwürfe, daß sie abstoßend gegen ihn gewesen sei. Sie glaubt, ihr Bruder sei tot und empfindet Leichengeruch. Fürchtet, sie müsse sterben, Angstzustände. Sie hat das Gefühl, als ob ihr die Augen aus dem Kopf wären, es ist ihr so »fest« im Kopf und es ist ihr, als ob Pferde und Wagen über sie hinweggingen, und als ob sie gequetscht würde. Sie ist chloroformiert gewesen, und im Essen war Putzpomade.

Fall II.

Die Hochzeit habe nicht stattgefunden, weil sie und ihr Bräutigam »erkältet wurden«, er sei auch nicht so stark wie er aussehe. Sie habe nicht verwirrt gesprochen, sie habe wohl geträumt. Sie hält eine ihr völlig fremde Patientin für eine Verwandte. Der kleine Ring (Verlobungsring) sei jetzt abgezogen, und nun habe sie kalte Hände. Im Hause habe sie das Standesamt, und auch den Kaiser habe sie dort gehabt. Nachts hört sie Stimmen und Hundegebell und hat Angst. Sie kriecht im Isolierhaus auf dem Fußboden herum, weil sie heraus will.

Veränderungen in der motorischen Sphäre, gesteigerter Bewegungsdrang, stuporöse Hemmung.

Fall I.

Die Kranke muß bei der Aufnahme getragen werden, ebenso nach der ärztlichen Untersuchung in den Krankensaal, den sie aber dann mit geringer Unterstützung durchschreitet. Es wechseln bei ihr Zeiten ruhigen Verhaltens sehr schnell mit solchen großer körperlicher Unruhe; ebenso ist sie zeitweise stumm, während sie gleich darauf spricht, singt, lacht, weint.

Fall II.

Patientin faßt viel an und beendet nichts, läuft zwecklos hin und her. Sie ist oft unruhig, steht nachts auf und legt sich zu andern Kranken, klettert auf die Fensterbank. Sie spricht zeitweise viel, lacht, weint, singt, ist dagegen zu andern Zeiten völlig stumm.

Bei den körperlichen Symptomen fällt hauptsächlich die große Gewichtsabnahme in's Auge. In beiden Fällen tritt ein regelmäßiger Anstieg ein, sobald das psychische

Befinden sich zu bessern beginnt. Es entspricht das den sonstigen Erfahrungen. Im Fall I fällt noch das Cessieren der Menses auf, die auch mit der Besserung des Allgemeinbefindens sich wieder einstellen.

Schon diese, nicht vollständigen Angaben aus dem Krankheitsverlauf dürften zur Sicherung der Diagnose Amentia hinreichen. Es wäre nun zu untersuchen, ob die übrigen Symptome es gestatten, den Krankheitsbildern katatonischen Charakter zuzuerkennen.

Kräepelin sagt: Der katatonische Stupor ist hauptsächlich beherrscht durch die Erscheinungen des Negativismus und der Befehlsautomatie. Die Kranken werden einsilbig, wortkarg, brechen mitten im Wort oder Satz ab, hören allmählich vollständig auf zu sprechen (Mutacismus), oder lispeln doch nur hier und da leise einige unverständliche Worte, lachen vor sich hin. Ferner: In einzelnen Fällen erhält man jedoch zeitweise noch schriftliche Antworten. Im übrigen sind sie gänzlich unzugänglich gegen jede äußere Einwirkung, reagieren nicht auf Anreden, Berührungen und selbst Nadelstiche. Dahin gehört vor allem die ausnahmslos kürzere oder längere Zeiten hindurch bestehende Katalepsie.

Gerade dieser überraschende Wechsel verschiedenartiger Zustände ist in hohem Maße kennzeichnend für Katatonie. Bei der Schilderung der katatonischen Bewegungen sagt derselbe Autor: Die Kranken werden plötzlich am ganzen Körper starr — — — schaukeln und wiegen sich hin und her — — — machen mit den Armen unaufhörlich beschwörende oder taktmäßige Bewegungen.

Schüle nennt als katatone Cardinalzeichen: Krampfartige Zustände der Muskulatur und der physiognomischen Haltung, Stereotypie der Haltung und der Bewegungen, tonisch-klonische Änderungen in der Sprache, conträre Negation, neben gewissen formalen Störungen des Bewußtseins — und für dieses Symptomen-Ganze, bei wechselnder Ausprägung und Vollständigkeit, ein cyklischer Krankheitsverlauf in für gewöhnlich bleibende Geistesschwäche.

Ernst Meyer: Unter katatonischen Erscheinungen

verstehe ich Stupor verschiedenen Grades, stereotype Haltungen und Bewegungen, Flexibilitas cerea und verwandte Erscheinungen, die wenigstens von einem großen Teil der Autoren als zusammengehörig angesehen werden.

Binswanger nennt als Hauptsymptome: Haltungsstereotypien, Negativismus, Flexibilitas cerea, Bewegungsstereotypien, Verbigeration, motorische Perseveration.

Bei der Differentialdiagnose gegen Amentia sagt ferner Kraepelin: — aber echter Negativismus, Verbigeration, Mutacismus, Stellungsstereotypien, Manieren und Schrullen dürften unter allen Umständen gegen Amentia sprechen.

Es sollen der besseren Übersicht wegen die katatonischen Symptome für jeden Fall besonders betrachtet werden.

Fall I.

Der Negativismus äußert sich sogleich bei der Aufnahme darin, daß Pat. sich tragen läßt, obwohl von einem körperlichen Schwächezustand keine Rede sein kann. Auf Anrufen und Händeklatschen dicht am Ohr erfolgt keine Reaktion. Nadelstiche rufen erst am Septum narium und bei Durchstechung einer Hautfalte Zusammenzucken, aber keine Abwehrbewegungen hervor. Aether unter die Nase gehalten ruft keine Reaktion hervor. Beim Versuch der Pupillenprüfung krampfhafter Schluß der Augenlieder und lebhafte Abwehrbewegungen; Patientin antwortet nicht auf Fragen. Mäßiger Widerstand gegen passive Bewegungen wird am zweiten Tage der Behandlung angegeben. Die Zunge wird nicht gezeigt. Am 7. April sträubt sie sich heftig gegen das Auspacken. Vom 8. April an häufige Verweigerung der Nahrungsaufnahme; Aufforderungen werden nicht befolgt, Antworten nicht mehr gegeben. Vom 12. April an ist Patientin völlig stumm. Der Sondenfütterung und passiven Bewegungen wird lebhafter Widerstand entgegengesetzt; dieser Zustand dauert bis zum 19. April. Dann werden ganz vereinzelt Antworten gegeben und Patientin singt vor sich hin. Am 29. Mai erfolgen auf einige Fragen schriftliche Antworten. Erst am 1. August ist sie zu etwas eingehenderen Antworten zu bewegen.

Als typisches Beispiel der Verbigeration mag ihr Gesang aufgeführt werden: »Ich kann nicht sein, es muß ja sein, und Gnade sprach der Kaiser da. Das muß ja sein, das kann nicht sein u. s. w.« Sonstige Beispiele von Wortsalat finden sich mehrfach in der Krankengeschichte.

Bewegungs- und Stellungsstereotypien, Flexibilitas cerea sind deutlich. Am Tage der Aufnahme verharrt sie, auf einen Stuhl gesetzt, in steifer Haltung, die Hände wie zum Gebet gefaltet. Gegebene Stellungen werden einige Zeit innegehalten, doch besteht das Bestreben, die Gebetsstellung wieder einzunehmen. Pat. vollführt stereotype Auf- und Abbewegungen der Hände, später werden diese stereotyp gefaltet und wieder von einander entfernt. Der Kopf bleibt in gegebenen Stellungen. Die Glieder werden später schlaff und lassen sich in jede Stellung bringen. Als ihr die linke Hand auf den Kopf gelegt wird, werden die Arme starr. Am 5. April richtet sie sich auf, macht knieend mit vor der Brust gefalteten Händen wiegende Bewegungen. Am 6. April verläßt sie mehrfach das Bett, um an stets derselben Stelle des Saales zu knieen. Vom 8. April an tritt in steter Wiederholung dieselbe Bettlage auf: Patientin liegt mit aufgestützten Ellenbogen auf dem Bauch. Außerdem wird Grimassieren lange Zeit hindurch beobachtet und ebenso kehren langsame, segnende Bewegungen längere Zeit hindurch immer wieder. Am 29. April: Pat. schüttelt den Kopf, kreuzt Arme und Beine, was sie wohl ein Dutzend mal wiederholt; sie wiegt sich längere Zeit in den Hüften. Am 26. Mai: Sie nimmt eigenartige Stellungen ein, z. B. Rückenlage, Arme rechtwinklig abgestreckt. Sie balanziert einen Knopf auf der Nasenspitze.

Der Wechsel verschiedenartiger Zustände äußert sich sowohl im Gesamtverhalten, in Zeiten der Logorrhoe und des Mutismus, wie in den schnellen Übergängen vom Weinen zum Lachen, vom Singen zum Sprechen und zur Schweigsamkeit.

Fall II.

Der Negativismus bei der Patientin äußert sich zunächst in häufiger Nahrungsverweigerung, außerdem sind Antworten

längere Zeit hindurch nicht von ihr zu erhalten. Von Anfang bis 19. August spricht sie nicht, lacht aber vor sich hin, von da an bis 24. Sept. sind vereinzelte Antworten zu erzielen, die mit leiser Stimme erteilt werden.

Ein typisches Bild der Verbigeration bieten die am 9. Juli verzeichneten Worte: »Ich kann ja nicht, ich kann ja nicht, die ganze Welt, ich weiß nicht.«

Bewegungs- und Stellungsstereotypien finden sich vom 7. Juli an: Sie sitzt mit aufgelöstem Haar und glänzenden Augen. Lebhaftes Minenspiel, ihre Worte begleitet sie mit Gesten, spricht laut, klagend, pathetisch. Bei der klinischen Vorstellung erfolgen zusammenhanglose Reden, begleitet von lebhaften theatralischen Bewegungen.

Diese Gesten und eigentümlichen Stellungen kehren dann lange Zeit hindurch immer wieder. Noch lange bietet die Kranke ein Bild der Verzückung, des Verklärten und erst im Sept. beginnen diese Symptome zu schwinden.

Die Zeiten lebhaften Sprechens und Singens gehen nach 14tägiger Dauer in solche fast völligen Schweigens über; später erteilt sie Antworten mit leiser Stimme. Ebenso tritt nach einem Zustand größter motorischer Unruhe ganz stilles und ruhiges Verhalten ein.

Bei beiden Patientinen finden sich demnach die Symptome der Amentia sowohl als der Katatonie in größter Vollständigkeit. Dabei zeigen die Fälle den typischen Verlauf der Amentia, wie ihn Siemerling schildert: Plötzlicher Beginn, traumhafte Trübung des Bewußtseins, Wechsel in den Sinnestäuschungen, Störungen des Gemeingefühls und der Orientierung, länger dauernde Stuporzustände. Dann folgt ein Stadium der Aufhellung, wechselnd mit Verwirrtheit und Unruhe und schließlich Rekonvaleszens mit Rückkehr der Orientierung und mit Krankheitseinsicht. Die Amnesie ist stark. Bis zur völligen Wiederherstellung vergeht dann noch ein längerer Zeitraum.

Über das jetzige Befinden der beiden Patientinnen geben Briefe von Angehörigen vom 23. Mai 1908 Auskunft. Diese Berichte ergeben:

Fall I.

Patientin geht ihrem Beruf als Schneiderin wieder nach und ist vollständig gesund.

Der vor etwa einem halben Jahre erfolgte Tod ihrer Mutter, die an derselben Krankheit gelitten haben soll, hat aber, erklärlicher Weise, in etwa deprimierend auf sie gewirkt und sie nervös gemacht.

Fall II.

Das junge Mädchen ist ganz gesund. Es sind keine Spuren der Erkrankung an ihr zu bemerken. Sie verrichtet alle vorkommenden häuslichen Arbeiten, hat guten Appetit und guten Schlaf.

Es ergibt sich hieraus, daß die Heilung von Dauer war. Der erste Fall liegt nun fast 6 Jahre, der zweite immerhin schon 7 Monate zurück.

Daß durch das Überstehen einer derartigen Erkrankung das Gehirn einen locus minoris resistentiae bieten kann, ist ohne Weiteres klar, tritt ja doch bei andern Organen nach starken Schädigungen dasselbe in Erscheinung. Es dürfte aber nicht angängig sein, von einem Rezidiv zu sprechen, wenn nun wiederum nach Jahren einmal eine neue geistige Erkrankung eintreten sollte, es wäre dann wohl eher eine Neuerkrankung anzunehmen. Auf jeden Fall zeigen die beiden angeführten Fälle, daß katatonische Erscheinungen bei Amentia zu einer absolut ungünstigen Prognose nicht berechtigen.

* * *

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Siemerling für die gütige Überlassung der Fälle, sowie für die liebenswürdige Anleitung und die freundlichen Winke bei meiner Arbeit meinen verbindlichen Dank auszusprechen.

Literatur.

Binswanger u. Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie.

Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie.

Hoche, A, Akutes halluzinatorisches Irresein. Deutsche Klinik, Bd. VI, 2.

Meyer, Ernst, Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münchener med. Wochenschrift No. 32, 1903.

Schüle, Zur Katatoniefrage. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. LIV.

Aschaffenburg, Die Katatoniefrage. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. LIV.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich am 24. April 1870 als Sohn des Kaufmanns Joseph Marx und dessen Ehefrau Helene, geb. Kronenberg zu Kamen i./Westf. Ich bin mosaischer Konfession. Ich besuchte die israelitische Volksschule und die Rektoratsschule meiner Vaterstadt, dann das Archigymnasium zu Soest, das ich 1885 mit der Berechtigung zum einjährigen Dienst verließ. Nun wurde ich durch Familienverhältnisse veranlaßt, Kaufmann zu werden und war als solcher bis zum Sommer 1901 tätig. In dieser Zeit genügte ich auch meiner militärischen Dienstpflicht. Sommer 1901 begann ich, mich zum Abiturienten-Examen vorzubereiten, das ich im März 1903 am humanist. Gymnasium zu Minden bestand. Dann studierte ich Medicin an den Universitäten zu Berlin (2 Sem.), Würzburg (1 Sem.), München (4 Sem), und Kiel (3 Sem.). Das Vorexamen legte ich in München, das Staatsexamen am 1. Juni 1908 in Kiel ab.

Der Verpflichtung des praktischen Jahres genügte ich an den städt. Krankenhäusern zu Rheydt und Nürnberg.

Georg Marx.